

新見公立大学紀要 第38巻
pp. 33–38, 2017

原 著

介護保険を利用した施設・住居系サービス利用者の急変時の連携課題 －看護師の人員配置基準から見た介護施設の現状－

三上 ゆみ¹⁾*・岡 京子¹⁾・松本 百合美¹⁾・大竹 晴佳¹⁾

1) 新見公立短期大学地域福祉学科

(2017年11月15日受理)

本研究は、介護保険を利用した入居系介護施設における看護師の利用者急変時対応の現状を明らかにし、看護師が連携時に求められるスキルと多職種調整や施設整備の方向性への示唆を得ることを目的として、A県内の介護施設の看護師へアンケート調査を実施した。結果、介護施設に勤務する者の多くは病院勤務を経て転職するものが多く、「意識レベルの判断」、「緊急性判断」、「指示を受けるためのアセスメント」といった緊急対応への判断を自身に迫られることに大きな不安があることが明らかになった。

(キーワード) 介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、緊急時対応、連携

はじめに

我が国の65歳以上の高齢者人口は3,459万人にのぼり、介護保険制度における要介護者又は要支援者と認定された人は、2017年6月末で637万人となり、2007年度末から198万人と約1.46倍と増加している。そのうち、入所系の施設サービスを利用する要介護者は92.5万人にも上る。施設サービスを利用するものの構成割合をみると、「要介護4」及び「要介護5」が61%を占め、介護施設の重度化は著しい¹⁾。

要介護状態にある高齢者は多くの疾患を持ち、いつ体調の急変が起きてもおかしくない状況にある中で、日々の体調管理は欠かせず、介護現場においても医療ニーズがますます高まっている。特に介護老人福祉施設（以下、特別養護老人ホームと表す）や特定施設入居者生活介護を提供する養護老人ホームの夜間において、急変時の初期対応は介護職員が受け持つことになり、介護職員は利用者の急変に高いストレスや不安を抱えている²⁾。

急変に対して、看護師が常駐していても介護施設では十分な医療が行えないため、看取りなど一部を除き、急変時には連携医療機関への救急搬送となるケースが多く、そのまま特別養護老人ホームでは21.6%、介護老人保健施設では、40.6%が医療機関への退所となるという報告もある³⁾。

そして看護師も介護施設における救命処置の限界やごく限られた少数での対応を余儀なくされるため、介護職や他職種と連携は欠かせない。特に特別養護老人ホームや特定施設入居者生活介護を提供する養護老人ホームなどでは看護師が夜間不在のため、オンコールで対応が必要となり電話だけで緊急性の判断や、介護職員への的確な指示を求められるケースが多い。これら連携が最も必要となる介

護職員の実施可能な行為としては、医行為ではないと規定されている行為（2005年7月厚生労働省通知）や、一般市民が行える救急対応時の初期対応がある。介護職員として介護施設に入職する者の保有資格や能力は、全く介護経験のない者から介護福祉士や初任者研修修了者など、専門知識や経験の有無によりかなりの個人差や、施設間でのばらつきが大きい。急変時対応ができる能力に大きな課題がある中で、看護師には介護職員への確かな指示と、連携のためのスキルが必要となる。そこで介護施設における、看護・介護・他職種が連携課題を明らかにし、急時対応へのスキルを身につけるために、どのようなことが求められ方策を考えることは、今後さらに介護度が重度化する介護施設において大きな意義がある。

1. 研究目的

介護施設において、看護師の利用者急変時対応の現状を明らかにし、介護職員との連携時に求められる看護スキルと他職種調整や施設整備の方向性への示唆を得ることを目的とした。

2. 研究方法

- 1) 研究対象者：A県内で調査協力を得られた介護保険施設及び特定施設入居者生活介護指定施設（特別養護老人ホーム29施設、介護老人保健施設18施設、養護老人ホーム4施設、合計51施設）に勤務している看護師250人
- 2) 研究期間2016年8～9月
- 3) 方法：自己記入式アンケート（郵送調査）

*連絡先：三上ゆみ 新見公立短期大学地域福祉学科 718-8585 新見市西方1263-2

4) 調査内容：性別、年齢、勤務歴、施設種別、夜勤勤務形態の属性項目、急変時の利用者、対応ケースと内容、備品整備を基本項目として尋ね、急変時の知識・技術に対する不安感について「全くない(1点)」「あまりない(2点)」「ある(3点)」「とてもある(4点)」の4件法で回答を得た。また、職種間連携に関して、困りごと、急変時介護職に報告してもらいたい内容について自由記述を求めた。

5) 分析方法：基本項目については施設種別ごとにPearsonの χ^2 検定を行った。急変時に知識・技術の不安感得点は、施設種別に1元配置分散分析を行った。以上の量的分析には、IBM SPSS Statistics19を用いた。

自由記述は内容分析の手法を用い記載内容を、一文章一意味として、内容をコード化し、記録単位を類似性に沿ってカテゴリー化し検討した。導き出したカテゴリー、サブカテゴリーについては複数の研究機協力者からスーパーバイズを受け、信頼性と妥当性の確保に努めた。

4. 結 果

1) 回答者の属性と施設種別の関連

回答の看護師250人のうち勤務年数、施設種別の欠損を除いた224人(有効回答率89.6%)を分析対象とした。施設種別ごとの内訳は、介護老人保健施設120名、特別養護老人ホーム55名、養護老人ホーム49名であり、平均年齢は 50.2 ± 10.6 歳で、看護師の平均経験年数は22年8か月で介護施設の平均勤務年数9年1か月であった。施設種別に χ^2 検定を行ったところ、夜勤形態に有意差が認められた(表1)。

2) 緊急時対応の現状と経験

施設内において、緊急時に施設内で対応できないと判断した場合は、連携医療機関への搬送となるが、施設種別ごとの対応状況を明らかにするために搬送のケース、看護師

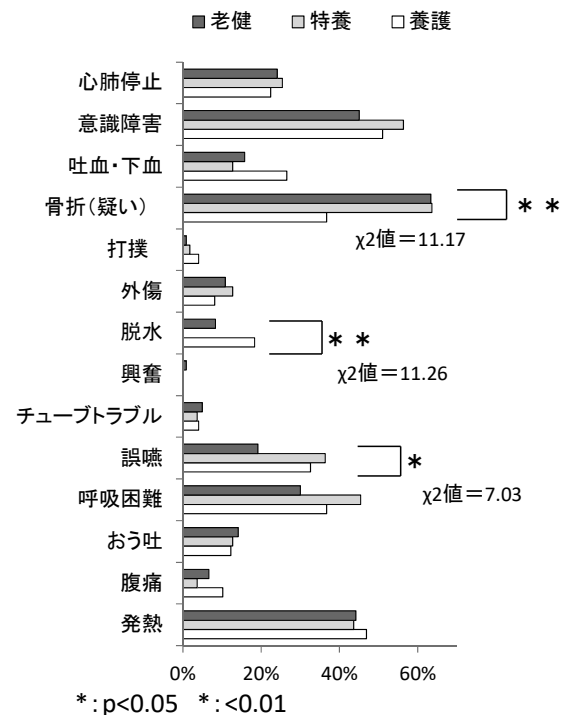


図1 緊急搬送が多いと感じるケースの施設比較 (%)

の実際の体験、施設整備について尋ねた。

緊急搬送が多いと感じるケースを項目から3つ選択を求めた結果、「骨折(疑い)」、「意識障害」、「発熱」の順に多かった。施設間の比較では、「骨折(疑い)」においては介護老人保健施設が63.3%、特別養護老人ホームが63.8%と2施設の中で最も多かったが、養護老人ホームでは36.7%にとどまった(p<0.03)。「誤嚥」、「脱水」でも施設間に差が見られた(図1)。

そして、実際に看護師自身が急変時に経験した処置で最も多いのが「バイタルサイン測定」で、「意識状態観察」などの一般状態の把握を行っている。しかし施設ごとで、どこまで医療処置を行うか異なっていた(図2)。違いが見られたのが、「アンビューバック」、「医師連絡」、「指示を受けるためのアセスメント」の項目では介護老人保健施設が高かった。特別養護老人ホームでは施設種別間で差は見られなかったが、「気道確保」81.8%や「多職種連携」80%が高かった。養護老人ホームでは、「心臓マッサージ」52.8%の経験率が高かった半面「急変対応したことがない」ものも6.1%見られるため、施設入所基準と重症度の違いから、緊急時の経験にばらつきが見られた。

また、施設に急変時対応のため整備されている物品について尋ねた結果、「血圧計」や、「体温計」「パルスオキシメーター」など日常的に使われるものはどの施設にも整備されていたが、「救急カート」は介護老人保健施設では54%の設置が見られたが、養護老人ホームでは10.2%にとどまり「心電図モニター」と「12誘導心電図測定器」も介

項目	老健 n=(120)	特養 n=(55)	養護 n=(49)	有意差
人数(%)				
性				
男性	6(5)	2(3.6)	0(0)	n. s
女性	114(95.0)	53(96.4)	49(100)	
年齢				
20代	7(5.8)	0(0)	2(4.1)	n. s
30代	15(12.5)	9(16.4)	9(18.4)	
40代	30(25.0)	12(21.8)	10(20.4)	
50代	48(40)	22(40.0)	17(34.7)	
60代以上	20(16.7)	12(21.8)	11(22.4)	
病院勤務年数				
3年未満	4(3.3)	3(5.5)	3(6.1)	n. s
5年未満	1(0.8)	1(1.8)	1(2.0)	
10年未満	11(9.2)	4(7.3)	2(4.1)	
20年未満	24(20.0)	12(21.8)	19(38.8)	
20年以上	80(66.7)	35(63.6)	24(49.0)	
介護施設勤務年数				
3年未満	25(20.8)	13(23.6)	12(24.5)	n. s
5年未満	13(10.8)	2(3.6)	6(12.2)	
10年未満	31(25.8)	13(23.6)	14(28.6)	
20年未満	39(32.5)	20(36.4)	17(34.7)	
20年以上	12(10.0)	7(12.7)	0(0)	
夜勤体制				
夜勤	61(50.8)	6(10.9)	0(0)	**
オンコール	6(5.0)	38(69.1)	31(63.2)	**
その他	53(44.2)	11(20.0)	18(36.7)	
χ ² 検定 ** : P<0.01 * : P<0.05 n.s: no significant				

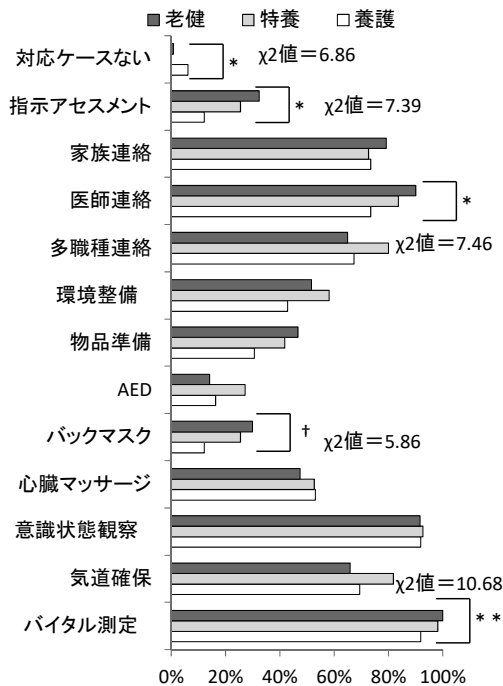
*: $P<0.05$ **: $P<0.01$

図2 急変時に経験した処置の施設比較 (%)

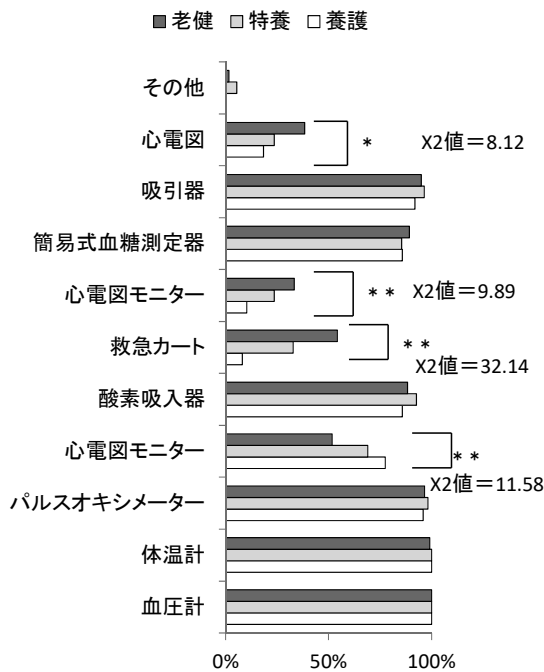
*: $P<0.05$ **: $P<0.01$

図3 急変時対応物品整備比較 (%)

介護老人保健施設が高い割合だった。逆に「AED:Automated External Defibrillator (以下AEDと略す)」は介護老人保健施設は51.7%であるが、養護老人ホームの設置率が77.6%と高く、施設種別間で差が見られた(図3)。

表2 急変時対応への不安感比較

	老健			特養			養護			F 値
	n	平均	SD	n	平均	SD	n	平均	SD	
変化の観察	118	1.92	1.075	52	2.04	1.066	47	2.04	1.122	0.36
吸引・異物除去	118	1.96	1.105	52	2.19	1.138	47	2.30	1.196	1.81
心臓マッサージ	118	2.45	1.305	53	2.51	1.234	47	2.57	1.247	0.17
AED	116	2.92	1.346	52	2.73	1.285	48	2.83	1.243	0.39
アンビューバック	109	2.77	1.379	49	2.90	1.373	41	3.22	1.314	1.61
気道確保	116	2.18	1.227	53	2.34	1.224	46	2.17	1.060	0.36
意識レベル	117	2.79	1.310	52	3.04	1.400	48	3.13	1.331	1.28
緊急性判断	118	2.79	1.287	54	2.98	1.236	49	3.14	1.275	1.45
アセスメント	114	2.83	1.219	53	2.72	1.231	48	3.06	1.210	1.05
医師報告	118	2.36	1.188	54	2.35	1.152	48	2.56	1.287	0.56
家族報告	117	2.44	1.214	54	2.41	1.206	48	2.58	1.269	0.30
感染対策	117	2.80	1.198	54	2.50	1.178	49	2.37	1.112	2.83*
プライバシー	118	2.46	1.130	53	2.40	1.132	48	2.10	1.077	1.73
不安ケア	115	2.66	1.146	53	2.43	1.101	48	2.69	1.114	0.88
関係部所・病院連絡	116	2.84	1.184	54	2.76	1.258	48	2.73	1.233	0.19

†: $P<0.1$ n.s.: no significant

3) 対応への不安感

看護師は、施設での利用者急変時は病院と異なり少人数で判断、指示、処置を同時に多くのことをこなさなければならないため、個人の技術、知識に不安を抱えるが、具体的にどういった対応に不安を多く抱くかを明らかにするために、項目ごとの不安の程度を求めた(表2)。結果、施設種別間での有意な差は見られなかった。しかし、特に養護老人ホームでは3点を超す不安が高いものは、「意識レベルの判断」、「緊急性判断」、「指示を受けるためのアセスメント」、特別養護老人ホームでは「意識レベルの判断」に高い不安感が見られた。

4) 連携への課題

緊急時の対応として、多くの職種間の連携は施設内のみならず、関係機関との連携が必要となるが、時に緊急時に関して看護師は、どのように感じているのか、施設における連携の関して困ることの頻度を、「いつも困る」「時々困る」「困ることはない」から選択を求めた(図4)。全体で、「いつも・時々」を合わせた56.1%の者が何らかの困りごとを感じていた。特に養護老人ホームでは72.7%と最も高く、次いで特別養護老人ホーム54.6%、介護老人保健施設50.0%であった。

さらに、これらの困りごとを自由記述で求めた。内容分析の結果、抽出された記録単位数は210コードであった(表3)。以下カテゴリーを【】、サブカテゴリーを『』、

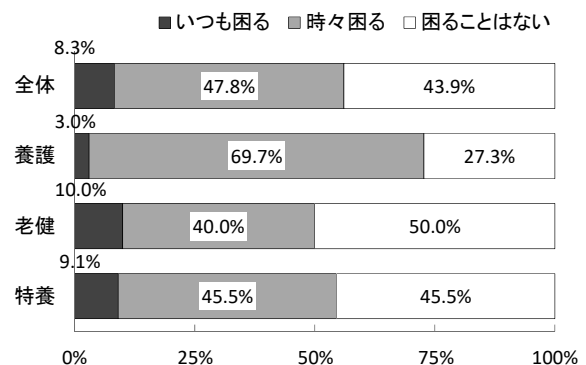


図4 看護師が感じる連携への困り感

表 3 施設における急変時の職種間連携に困ること

カテゴリー	サブカテゴリー (コード数)	コード
生命を守る医療 との連携	受け入れ先(20)	・病院探しに困る ・病院対応にて夜間受け付けてもらえない ・報告Drが決まっていない
	救命意思(23)	・本人、家族の意向が確認できない ・家族間の意見がバラバラで、望むことが異なる ・医師とFaの方向性のくい違い ・DNR or積極的治療
	医師不在(16)	・医師不在時の対応 ・医師に連絡がつかない・嘱託医が診療時間内にしか対応してもらえない・指示がすぐにももらえない
看護の専門性 と判断	緊急性判断(23)	・自分の判断、指示が適切なのか不安・判断を自分がしなくてはいけないことがいつでも不安・協力病院へ受診するタイミング
	看護知識(10)	・知識の不足・長い間臨床を離れていたのが不安・すぐに対応できるかどうか不安な時 ・病院受診するかの判断
	利用者情報(4)	・かかわりが少ない人に同行した時、HPのDr.に細かく聞かれる際返答に困る・情報をスムーズに伝えられない・認知症の人が急変した時に問いかけに困る
	相談相手(2)	・相談する看護スタッフがいないとき困る
自己に求められる 技能	力量(9)	・看護職でも経験などによる対応のばらつき ・ギャップがある
	伝え方(3)	・介護職員、看護職員ともに慌てないことが大切 ・適切な表現で(言葉)伝えること・物品をもってきてもらおうと思っても伝わらない
	頻度(3)	・頭で理解できていても、いざというときにスムーズな対応ができにくい ・いつもあることではないので不安あり
利用者を取り巻く 家族連携	看取り(2)	・看取りケア対象の方は比較的何があってもという気持ちで対応できる・なかなか希望通りのことはできない・突然死の時、家族の理解
	家族理解(6)	・わかりやすい言葉でと思ってもなかなか理解が難しい ・できるだけ日ごろから健康状態を家族へ連絡する ・病院と違い理解していただくことが一番難しい
	家族不在(15)	・遠方で家族がすぐ来れないこと ・家族と連絡が取れない
	家族連絡方法(9)	・家族への連絡の仕方 ・非協力的な家族
全体業務を含めた 応援体制	夜間対応(19)	・「いつ連絡が入るか」と待機の際不安 ・夜間1名の看護師が対応
	応援人数(11)	・急変時、一人対応の時あり、協力を願いたい
	他利用者の対応(5)	・他の入所者さんを見れないときがある・施設での業務が滞ってしまう ・他の入所者もいるので関連機関への搬送に時間がかかる
	連携へのとまどい(13)	・他職種とのレベルが一定ではなく、考え、行動が同じではない・急を要することが、周りにすぐ伝わらない。
	夜間看護師不在(7)	・オンコールの時の対応 ・夜間はNS一人の判断で対応しなければならない・夜間1名の看護師が対応している
施設整備(10)	設備・物品(9)	・いざというときに、必要物品がそろっていない・病院のように救急カートが準備されていない
	感染対策(1)	・軽度な時に病状を隠していることが多く、感染につながる

コードを〔 〕で示す。これらをもとに分類した結果【生命を守る医療との連携】【看護の専門性と判断】【自己に求められる技能】【利用者を取り巻く家族連携】【全体業務を含めた応援体制】【施設整備】の6つのカテゴリーと21のサブカテゴリーに分類された。

【生命を守る医療との連携】は58コード抽出され、『受け入れ先』『救命意思』『医師不在』の3サブカテゴリーからなり、『受け入れ先』について、〔病院探しに困る〕、〔夜間受け付けてくれない〕など、協力機関との連携に困難を感じていた。『救命意思』は、〔家族の意見がバラバラ〕、〔医師と家族の方向性のくい違い〕のように、治療方針に直結する点があげられた。また『医師不在』では、〔時間内しか対応してもらえない〕〔医師に連絡がつかない〕ということから、病院と違い、医師の指示をもらうまでに時間を要することや、嘱託医の対応の限界に困難を感じていた。

【看護の専門性と判断】は38コードから、『緊急性判断』『看護知識』『利用者情報』『相談相手』の4サブカテゴリーが

構成された。『緊急性判断』『看護知識』『相談相手』では、〔自分の判断、指示が適切なのか不安〕〔病院受診するかの判断〕〔知識の不足〕〔長い間臨床を離れていたのが不安〕というように、その場で担当する少数の看護師自身に判断を求められていることが伺えた。また、『利用者情報』では、〔かかわりが少ない利用者に同行した時〕〔情報をスムーズに伝えられない〕といったコードが見られた。

【自己に求められる技能】は、15コードから、『力量』『伝え方』『頻度』の3カテゴリーが構成された。『力量』『頻度』について、〔経験などによる対応のばらつき〕〔ギャップがある〕〔いつもあることではないので不安〕というように、休職後の再就職や、対応できるか不安や戸惑いがみられた。

【利用者を取り巻く家族連携】は32コード、『看取り』『家族理解』『家族不在』『家族連絡方法』の4サブカテゴリー

からなかった。『看取り』では「比較的何があってもという気持ちで対応できる」[なかなか希望通りのことはできない]といった、急変までの対応への困りごとが上がった。『家族不在』『家族連絡方法』では、「遠方で家族がすぐ来られない」[非協力的な家族][家族と連絡が取れない]などのコードから家族との連携があげられた。

【全体業務を含めた応援体制】では55コードからなり、サブカテゴリーとして『夜間対応』『応援人数』『他利用者の対応』『連携への戸惑い』『夜間看護師不在』の5つが上がった。[夜間1名の看護師が対応][「いつ連絡が入るか」と待機の際不安][夜間はNs,一人の判断で対応]というように特に夜間帯の困りごとコードが見られた。

【施設整備】は11コードからなり、『設備・物品』『感染対策』の2サブカテゴリーが抽出された。『設備・物品』は「必要物品がそろっていない」[救急カートが準備されていない]など9コードがあがった。

5. 考察

現在、全国の看護師として勤務している153万人の就業場所をみると、病院勤務が61%、介護施設に10%の15万人が働いている。介護施設に勤務する者の多くは病院勤務を経て介護施設に転職するものが多く、その割合は年齢とともに高くなる⁴⁾。本調査においても介護施設のみ看護師経験者は6.3%であり、看護師全体の平均経験年数は22年8ヶ月で介護施設勤務年数が9年1ヶ月であったことから多くの看護師は病院勤務を経験した後に、転職や復職のために介護施設に入職するものが多かった。

1) 施設種別ごとの緊急時対応の違い

介護保険施設の一般的な入居条件として「年齢」「要介護度」「医療依存度」「保証人・身元引受人の有無」「収入(生活保護の有無)」などが挙げられ、搬送ケースに施設種別で違いが見られたことには介護保険法における運営主体、目的や入居条件に大きく影響された。

介護老人保健施設では、入居者100人当たり1人以上の医師の常駐が義務付けられており、看護師の配置基準が多いことから特別養護老人ホームと養護老人ホームと比較し、医療対応範囲が広い。心電図モニターや救急カートの設置も多く、医師との連携で、一時的な補液等の対応や軽い急変であれば施設内で処置対応ができることが伺える。介護老人保健施設では、意識障害や誤嚥、呼吸困難などの搬送ケースの割合が他よりも低い要因として、医師の指示の受けやすさが今回の結果に表れた。

特別養護老人ホームは、入所後すぐや状態が悪くターミナル期に入る場合は「看取り対応の強化(平成24年改訂)」などから、利用者との看取り同意書の取り交わしがなされるケースも多いため搬送とならないケースが増えている⁵⁾。しかし、誤嚥や意識障害、呼吸困難は特別養護老人ホーム

での搬送が多い項目として挙がっており、突発的な急変に対しては病院との連携が必要となる。

養護老人ホームは、腹痛や脱水について他施設より医療搬送が高かったことは、施設で行える医療範囲が限定されるためである。救急対応の物品整備についても、救急カート設置やモニターといった生命維持より、市民レベルの救命処置が行えるAEDの設置率が高い事は、生活施設として医療依存度が低いことを表した。しかし重度な急変は養護老人ホームにも発生し、実際の看護師の対応経験を見ても、心肺停止や呼吸困難での搬送や、心臓マッサージや気道確保の経験者は他施設と同程度見られることから緊急時の対応スキルや環境整備はどの高齢者施設においても当然必要となる。逆に、要支援や生活困窮の理由で入所が可能で自立度が高い施設であるため、骨折での搬送は介護度の高い特別養護老人ホーム、介護老人保健施設の方が高かった。

2) 緊急時対応への不安

緊急時処置に対する不安項目を見ると、心臓マッサージや気道確保といった一次救命処置については、どの施設種別においても不安感は比較的低かった。しかし、アンビューバックやAEDなどの器具を使用する処置における日常的に使用しない器具に対し、不安が強いことが明らかになった。また、緊急性の判断において、養護老人ホームでは3.14点、特別養護老人ホームでは2.98点、指示を受けるためのアセスメントでは養護老人ホームでは3.06点、老人保健施設では2.83点と看護師の判断を要するものは不安が強かった。これら看護師の判断が必要な項目について、特に養護老人ホームや特別養護老人ホームは医師が囑託医であるため詳細な変化や判断を自身が行ったうえでの報告となる。さらに養護老人ホームは看護師の運営上配置基準が常勤換算で1人以上である。養護老人ホームを含む特定施設入居者生活介護の1事業所当たりの看護師人数は1.8人との報告もある⁶⁾。このような事業所内に看護師の少ない状況で、医療に対する相談相手がいないまま、看護師の判断が求められることは高い不安要因となっている。

3) 多職種連携への課題

介護と医療は切り離せない中で、一刻を争う緊急時において家族の延命への意向と受け入れ医療機関の決定は最もコード数が多く、看護師が頭を痛めるところであった。

【生命を守る医療との連携】というカテゴリーが抽出されたことは、入院を断られるケースや、急変後に施設看護師が入院先を探さなければいけないという現状からも連携医療機関の確保と、かかりつけ医との調整が事前に施設側に求められる。

連携は家族にも不可欠で、【利用者を取り巻く家族連携】について、特に急変時は、看護師の連絡で十分考える間もなく処置の同意や転院の判断を家族は行わなければいけない。入所時に転院先や今後の意向を施設側から家族に尋

ねてはいるが、いざという時には確認が必要となるため、家族との連絡において看護師は、連絡が迅速に行えるか、その伝え方、家族理解が得られるかという点に課題を感じている。日常的なコミュニケーションと家族への伝え方としてのスキルも求められる。また家族は、急性期治療から施設入所、転院、在宅から入所、入院、療養病床や介護保険施設など、医療的な処置や療養が必要な高齢者は様々なリロケーションを体験するといわれている⁷⁾。このような家族や利用者本人への支援も忘れることが出来ない。

【看護の専門性と判断】と【自己に求められる技能】について少人数の対応や、自分の判断が正しいのか不安、指示が適切なのか不安といった意見が多かった。介護老人保健施設は100人の利用者に看護師の配置基準は9人で、特別養護老人ホームは3人、養護老人ホームは1人以上であり、医療体制には大きな差がある。さらに夜勤の看護師配置基準からみると、介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、養護老人ホームは義務ではないために、急変時電話で対応するオンコール体制となる。介護老人保健施設では約89%が看護師が夜勤体制をとっているが、特別養護老人ホームは6.3%という報告がある⁸⁾。しかし、夜勤での対応も看護師は1人のところがほとんどで介護職員と急変時の対応にあたる。そのため急変の対応にも、多職種との連携が必要となり、適切な指示をしながら協力を求めなければならない。また他の利用者への対応も同時に発生するため、緊急性の判断に加え優先順位と業務分担を行う必要がある。

そして、【自己に求められる技能】に多職種への『伝え方』の技能という点も求められた。これは、〔指示をしてもらえない〕ことや、〔適切な表現で伝えること〕、〔物品をもってきてもらおうと思ってもらえない〕といった、看護師であれば当然伝わるであろう共通用語や知識が、多職種には伝わらない場合がある。看護師は基本的な報告や、対応スキルに個人差が大きいことを意識し、伝え方や指示方法を考慮する必要がある。

本調査より、病院経験が長い看護師であっても、施設では看護師の緊急判断アセスメントや報告、医療機関との連絡調整、介護職への適切な指示だし、なかには急変中の他利用者への対応といった同時にいくつものことをこなさなければならない介護施設ならではの難しさが明らかになった。

特に連携する介護職は看護師不在の中での第1発見者となるケースが多いことから、知識ではわかっているが、実際の場面では大きく戸惑い、慌ててしまう。また介護施設では認知症による見当識障害などから思わぬ事故になり、病状の急変だけでなく突発的な症例も多いために、利用者の急変対応は避けられず起こりうる状況を予測した訓練、看護・介護・他職種が連携した急変時対応スキルを身につけることが求められる。

施設での急変はいつも起こることではなく、経験にばら

つきがある。これを改善するためには、マニュアルの作成や研修が有効となるが、特に各施設での日ごろからの訓練が必要である。そして、ケアを受ける利用者が安心して暮らせるために、急変時に備えた訓練や体制づくりを繰り返しながら連携体制を今後さらに整えていくことが求められる。

参考文献

- 1) 厚生労働省：介護保険事業状況報告月報2017.6暫定版。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html>
(2017.9.10アクセス)
- 2) 藤浦早苗, 古川美穂：夜勤勤務時の急変における看護師・介護士の意識調査－急変に対するスタッフの不安軽減を求めて－.日本看護学会論文集 老年看護, 41, 36－38, 2011.
- 3) 厚生労働省：介護保険利用者の状況。
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/dl/kekka-gaiyou_05.pdf (2017.9.10アクセス)
- 4) 厚生労働省：看護師員の現状と推移。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072895.pdf> (2017.9.24アクセス)
- 5) 安藤美樹：特別養護老人ホームにおける「看取り介護」に対する介護職の認識－特別養護老人ホーム芦花ホームにおける調査－. 文京学院大学人間学部研究紀要, 12, 271－284, 2010.
- 6) 厚生労働省：特定施設入居者生活介護. 社会保障審議会－介護給付費分科会第144回資料, 2017.
- 7) 桑田美代子, 湯浅美代子(編集)：死を据えたケア管理技術. 中央法規出版, 東京, 190－199, 2016.
- 8) 日本看護協会：平成24年度高齢者ケア施設で働く看護師員の実態調査. 2013.